

## SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM

*Si prega di scrivere in stampatello*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_  
Iscritto/a all'Ordine/Collegio/Ass.prof.li \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Partita IVA per fatturazione \_\_\_\_\_

### **Chiede di iscriversi al corso ECM:**

## **Valutazione e gestione del paziente anziano: strumenti e strategie per la presa in carico**

A TAL FINE DICHIARA

di aver versato la quota totale del corso pari a € 150  
 di essere uno studente/laureando delle facoltà di Psicologia o Medicina e chirurgia, non aver diritto ai crediti ECM e per questo aver versato la quota del corso pari a € 120

DATA

|\_\_\_\_\_| / |\_\_\_\_\_| / |\_\_\_\_\_|

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Dichiaro altresì di aver preso visione e di accettare la Normativa di acquisto dei corsi presente online sul sito [www.cscp.it](http://www.cscp.it)

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Autorizzo la pubblicazione delle mie immagini riprese durante l'evento sul sito [www.cscp.it](http://www.cscp.it) e sul profilo Facebook (<https://www.facebook.com/profile.php?id=100009282762389>) e YouTube di CSCP. Accetto che la loro pubblicazione e i tempi di permanenza online siano a totale discrezione della direzione CSCP. Ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale e il decoro e potrà in qualsiasi momento chiederne la cancellazione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_